



WAŻNE!

Wysłaliśmy Państwu powiadomienie o ustaleniu wysokości świadczeń pieniężnych, pokazujące tygodniowe świadczenia, które Państwo otrzymają. Świadczenia te są oparte na Państwa zarobkach. Jeśli uważają Państwo, że część Państwa zarobków nie została uwzględniona, prosimy o wypełnienie niniejszego formularza. Formularz musimy otrzymać w ciągu 10 dni kalendarzowych od daty wysłania, zgodnie z informacją podaną w ostatnim powiadomieniu o ustaleniu wysokości świadczeń pieniężnych. **Proszę pisać wyraźnie drukowanymi literami. Jeżeli nie odczytamy Państwa pisma, nie będziemy w stanie przetworzyć niniejszego formularza.**


ZASIŁKI DLA BEZROBOTNYCH

Wniosek o alternatywny okres bazowy

<p>Podaj następujące informacje</p>	<p>Nazwisko: _____ Imię pierwsze: _____ Imię drugie: _____ Adres: _____ Miasto: _____ Stan: _____ Kod: _____ Roszczenie skuteczne/Data początkowa: ____/____/____ Numer Ubezpieczenia Społecznego: XXX – XX – ____ _</p>
<p>Wymagania dotyczące formularza</p>	<p>Jeżeli chcesz użyć alternatywnego okresu bazowego w celu podwyższenia cotygodniowych świadczeń:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wypełnij formularz krok po kroku, używając czarnego lub niebieskiego długopisu. • Załącz wszelkie dokumenty, które mogą stanowić potwierdzenie faktu zatrudnienia oraz zarobków, np. odcinki wypłaty, formularz W-2, formularz 1099, kwity, czek, napiwki, premie, wypłaty za zakwaterowanie, prowizje, wypłaty za urlopy oraz zaświadczenia o pracy i zarobkach. • Nie wysyłaj oryginałów, zrób jednostronne kopie wszystkich dokumentów na papierze formatu 8½ x 11 cala. • Na każdym załączonym dokumencie wpisz swoje imię, nazwisko, numer Social Security oraz numer telefonu. • Wypełniony niniejszy formularz wraz z wszelkimi załącznikami musi być dostarczony w terminie podanym powyżej w rubryce „WAŻNE!”. <p> Jeżeli kwartalne zarobki za ostatni kwartał kalendarzowy przekroczyły kwotę podaną w polu „Najwyższe zarobki kwartalne” w Oszacowaniu finansowym świadczeń, użycie alternatywnego okresu bazowego może podnieść stopę Twoich świadczeń. Jeżeli do złożenia wniosku wybierzesz alternatywny okres bazowy, nie będziesz mógł użyć tych zarobków we wniosku składanym w przyszłości.</p>
<p>Krok 1 Informacje za ostatni kwartał kalendarzowy</p>	<p>Ostatni pełny kwartał kalendarzowy przed datą złożenia/rozpoczęcia wniosku to: ____/____/____ – ____/____/____ m-c, dzień, rok m-c, dzień, rok</p> <p>Sprawdź daty kwartałów kalendarzowych w Oszacowaniu finansowym świadczeń i porównaj zarobki kwartalne za alternatywny okres bazowy ze swoimi dokumentami, a następnie zaznacz odpowiednią kratkę poniżej i wypełnij dane we wskazanym „Kroku”.</p> <p><input type="checkbox"/> Zarobki kwartalne za alternatywny okres bazowy są nieprawidłowe lub ich brak (przejdź do Kroku 2). <input type="checkbox"/> Zarobki kwartalne za alternatywny okres bazowy są prawidłowe (przejdź do Kroku 3).</p>
<p>Krok 2 Informacje o zarobkach</p>	<p>Wpisz wymagane informacje poniżej, dołącz dokumenty potwierdzające zarobki oraz dodatkową stronę, jeżeli informacje dotyczą więcej niż trzech (3) pracodawców.</p> <p>Nazwa pracodawcy: _____ Kwartalne wynagrodzenie brutto \$ _____ Adres pracodawcy: _____ Miasto: _____ Stan: _____ Kod: _____ Jeżeli praca była wykonywana poza stanem Nowy Jork, podaj nazwę stanu: _____</p> <p>Nazwa pracodawcy: _____ Kwartalne wynagrodzenie brutto \$ _____ Adres pracodawcy: _____ Miasto: _____ Stan: _____ Kod: _____ Jeżeli praca była wykonywana poza stanem Nowy Jork, podaj nazwę stanu: _____</p> <p>Nazwa pracodawcy: _____ Kwartalne wynagrodzenie brutto \$ _____ Adres pracodawcy: _____ Miasto: _____ Stan: _____ Kod: _____ Jeżeli praca była wykonywana poza stanem Nowy Jork, podaj nazwę stanu: _____</p>
<p>Krok 3 Oświadczenie</p>	<p>Oświadczam, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem powyższe informacje są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) kar za składanie fałszywych informacji. Rozumiem, że jeżeli do złożenia wniosku wybiorę alternatywny okres bazowy, nie będę mógł (mogła) użyć tych zarobków do wniosku składanego w przyszłości.</p> <p>_____ Podpis _____ Data _____ Nr. kier. _____ Numer telefonu _____</p>
<p>Krok 4 Instrukcje odesłania dokumentów</p>	<p>Niniejszy wniosek wraz z wszelkimi załącznikami musi być dostarczony w terminie podanym powyżej w rubryce „WAŻNE!”.</p> <p> FAKS: (518) 457-9378 LUB Niniejszy wniosek jest listem przewodnim. Wpisz pełną liczbę stron _____</p> <p> ADRES POCZTOWY: New York State Department of Labor PO Box 15130 Albany, New York 12212-5130</p> <p>LUB Online: www.labor.ny.gov/signin Prześlij za pośrednictwem systemu przesyłania wiadomości na koncie online. Wybierz „Prześlij dokumenty”, a następnie „Prześlij dokumenty placowe”. Wpisz temat „Dokumentacja placowa”.</p>

 Złóż wniosek o cotygodniowe świadczenia online www.labor.ny.gov lub dzwoniąc do Tel-Service pod nr (888) 581-5812.

 Więcej informacji na stronie internetowej: www.labor.ny.gov.

 Informacje pomocnicze patrz poradnik wnioskodawcy na stronie www.labor.ny.gov/uihandbook.